Rok LIII. Kraków, dnia 25 lipca 1914 Nr 30.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

## CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

**Z Kliniki chorób dzieci prof. E. Feera w Zurychu.**

## Dwa rzadkie przypadki tuberkulidów skóry u niemowląt.

Podał

**Dr med. Stanisław Ostrowski** (Petersburg).

Skórne tuberkulidy u dzieci napotyka się nie często, zwłaszcza w Rosyi, gdzie je często przeoczają, a być może i nie rozpoznają. Uważam więc za pożyteczne podać do wiadomości kolegów dwa przypadki tuberkulidów skóry u dzieci, które spostrzegałem podczas moich zajęć w klinice prof. Feera. Nim przystąpię do opisu swoich przypadków, podam pokrótce nowsze dane w tej sprawie z piśmiennictwa pedyatrycznego.

W 1891 r. Barthélémy nadał skórnym schorzeniom w gruźlicy miano wskutek szczególnego ich pochodzenia z torebek włosowych (follikułów), »folliculitis« lub »acnitis«, nieco później Darier te dermatozy nazwał tuberkulidami.

Prof. E. Moro (Heidelberg) w »Lehrbuch der Kinderheilkunde« prof. E. Feera (1914 r., str. 751) dzieli tuberkulidy skórne u niemowląt na 2 grupy. Pierwsza: mały grudkowaty (papulosa) tuberkulid. Typowa łuska centralna wkrótce schodzi i występują wysypki bez łuski w postaci niewielkich okrągłych grudek (papulae). Pojedyncze wykwity wielkości główki od szpilki do małej soczewicy mają postać nieswędzących, bladoczerwonych, potem jasnobrunatnych wypukłości, guzków (noduli). Nie zauważa się przytem ani obumierania, ani owrzodzenia, lecz lekkie wgłębienie w środku i przy napinaniu skóry odbłysk. Wysypki te występują w niewielkiej ilości na brzuchu, klatce piersiowej, kończynach; siedziba ich jest nietypowa. Nie zawsze można wyłączyć krwotoczny lub nekrotyczny ognik (strophulus). Dla rozstrzygnięcia sprawy ma znaczenie skórna próba tuberkulinowa. Druga grupa: grudkowo-martwiczy (papulo-necrotica) tuberkulid, który się sadowi przeważnie na bocznych stronach kończyn. Wysypki te występują z głębi, tworzą na powierzchni większe guzki, od wielkości soczewicy do pestki wiśniowej, i mają skłonność na szczycie do martwicy i owrzodzenia. Wtedy tworzy się brudnobrunatna łuska, po której odpadnięciu lejkowate dno wrzodu również łatwo krwawi, jak przy toczniu. Wysypki te zjawiają się w większej ilości, niż przy małym tuberkulidzie grudkowatym (papulosa). Typowe blizny, które zostają po nekrotycznych tuberkulidach, są okrągłe, białe, trochę wgłębione. Tuberkulidy te często występują po odrze.

Na znaczenie rozpoznawcze tuberkulidów u dzieci, pierwszy zwrócił uwagę Hamburger.

Leinerowi wspólnie ze Spielerem udało się w doświadczeniach na zwierzętach udowodnić obecność żywotnych laseczników gruźliczych w tych wysypkach. Wyniki tych badań zgodnie z obrazem klinicznym, wystąpieniem licznych ognisk i z badaniami histologicznemi, przemawiają za związkiem patogenetycznym folliculitis z rozsianą prosówkową postacią gruźlicy skórnej, która się rozwija w toku ogólnej gruźlicy prosówkowej. Dokładna znajomość zmian gruźliczych skóry, ma, zdaniem Leinera, ogromne znaczenie w wieku dziecinnym, kliniczne bowiem badanie narządów często nie wykazuje tego, czego się spodziewamy.

Rensburg na mocy 3 przypadków tuberkulidów skórnych u dzieci, dochodzi do następujących wniosków. W ostrej gruźlicy prosówkowej tuberkulidy skórne są wyrazem prosówkowego rozsiania się laseczników gruźliczych. Takie i tym podobne wysypki spotyka się i przy innych zmianach gruźliczych. Tuberkulidy te w obydwu przypadkach służą za cenny objaw rozpoznawczy.

J. S. Leopold i T. Rosenstern na 30 przypadków gruźlicy u osesków, w 12 znaleźli opisane przez Hamburgera tuberkulidy grudkowo-łuskowe lub grudkowo-martwicze. Szczególnie ciekawe są 4 przypadki, w których tylko tuberkulidy skóry wskazywały na gruźlicę; rozpoznanie, uczynione na mocy tuberkulidów, potwierdzone zostało na sekcyi. Autorowie ci mniemają, że jak w Ameryce, tak i w Niemczech te tuberkulidy skóry u dzieci dotychczas, prawie zawsze przeoczano.

Lateinerówna (Lwów) badała bakteryologicznie i histologicznie u 10 dzieci w wieku 3 miesięcy do $1\frac{1}{2}$ roku tuberkulidy grudkowo-łuskowe i doszła do następujących wniosków. Opisane przez Hamburgera tuberkulidy, jest to choroba pokrewna tuberkulidom grudkowo martwiczym (folliculitis), lecz są one mniejsze, więcej powierzchowne, nie ulegają owrzodzeniu, i jako takie cechują gruźlicę wczesnego dzieciństwa. Obraz histologiczny składa się z drobnokomórkowych przewlekłych nacieków, sadowiących się wokoło naczyń, obfitujących w komórki tuczne, ulegają-

cych pośrodku martwicy i bliznowaceniu. W różnych okresach łatwo wykryć żywotne laseczniki gruźlicze, wywołujące u świnek morskich ogólną gruźlicę. Lateinerówna uważa tę wysypkę za postać łagodną rozsianej gruźlicy przerzutowej.

Przechodzę do opisu swoich przypadków [1]).

1. E. M., 2 l., przyjęty do kliniki 28. II. 1914 r. Ojciec zmarł na gruźlicę płuc, matka poronień nie przechodziła. Chory był pierwszem dzieckiem donoszonem, poród był prawidłowy. Chory karmiony był piersią przez 1 miesiąc, następnie mączką Nestlego z wodą, a potem mlekiem; w ostatnim czasie otrzymywał pokarm mieszany. Nie chodzi jeszcze. Przedtem chorował na krzywicę. W ciągu ostatnich 3 tygodni zauważono osłabienie w rękach i nogach. Nie gorączkował. Około tygodnia niepokój, krzyki w nocy, zły sen. Nie wymiotował, nie miał drgawek. Łaknienie dobre. Stolec oddaje codziennie.

Obwód główki 51,5, klatki piersiowej 47,0, brzucha 45,0, długość ciała 76,0 ctm, ciemiączko 43:4,4 wybitnie napięte. Budowa dobra. Zez zbieżny. Prawy fałd nosowowargowy, płytszy niż lewy. Chłopiec bardzo lękliwy, krzyczy przy każdem dotknięciu. Skóra gładka, nieco sucha, dobrze zabarwiona. Na powierzchni bocznej lewego przedramienia przetoka, z której wydziela się ropa. W górnej części lewej okolicy pośladkowej kilka niedużych błyszczących grudek (papulae), wielkości soczewicy. Gruczoły chłonne szyjne podszczękowe i pachwinowe macalne. Klatka piersiowa dobrze rozwinięta; na żebrach różaniec krzywiczy. Oddech prawidłowy i spokojny. Granice płuc prawidłowe; oddech pęcherzykowy. Serce nie powiększone; uderzenia częste; działalność nieprawidłowa. Tętno nieprawidłowe, często twarde. Wątroba i śledziona nie macalne. Ze strony układu nerwowego: Przytomność zachowana, dermografia; lewy odruch kolanowy wyraźny, prawy niejasny, drganie padaczkowate stóp z obydwu stron, objawy Kerniga i Babińskiego, objaw twarzowy; wyraźna sztywność karku.

2. III.: Nakłucie lędźwiowe. Ciśnienie 60 ctm$^3$ płynu przeźroczystego; po 2 godzinach wyraźne w nim skrzepy; pod mikroskopem pojedyncze limfocyty; laseczników gruźliczych nie znaleziono. Drżenie rąk. 4. III.: Nakłucie lędźwiowe. Ciśnienie 60 ctm$^3$. Wypłynęło około 30 ctm$^3$ płynu przeźroczystego; po 2 godzinach wybitny osad, w którym limfocyty. 6. III.: Nakłucie lędźwiowe. W płynie znaleziono to samo, co i przedtem. Chory bardzo niespokojny, ciągle chwyta się za głowę, krzyczy; leży przeważnie w ciemnym kącie łóżka. Wybitne drżenie rąk. Drganie padaczkowate stóp. 9. III.: Nakłucie lędźwiowe dało to samo co i przedtem. 19. III.: Nakłucie lędźwiowe. Płynu otrzymano więcej, około 40 ctm$^3$ jednorazowo, badanie chemiczne i mikroskopiczne wykazało to samo. Laseczników gruźliczych nie znaleziono. Silna przeczulica nawet względem światła. Drganie padaczkowate stóp. Objaw Babińskiego. Na plecach i częściach bocznych klatki piersiowej obfite wykwity niewielkich grudek błyszczących nie swędzących. 25. III.: W płynie rdzeniowym laseczników gruźliczych nie znaleziono. 27. III.: W ostatnich dwu dniach zauważono polepszenie: łaknienie lepsze, chory spał ostatnią noc bez chloralu. Wybitna sztywność karku i przeczulica. Nowych tuberkulidów nie zauważono. 10. IV.: Na bocznej powierzchni obydwu przedramion wiele świeżych małych błyszczących grudek wielkości główki szpilki. W płynie rdzeniowym dużo limfocytów; laseczników gruźliczych nie znaleziono. 30. IV.: Na prawem przedramieniu nowe wykwity małych tuberkulidów grudkowych. 11. V.: Kilka nowych grudek na plecach. Ciemiączko w takimże stopniu napięcia, jak przedtem. Ciepłota przez cały czas była podgorączkową, nie przekraczając 38—38°,5 (w klinice zurychskiej ciepłotę mierzy się wyłącznie w odbytnicy). Waga przy przyjęciu 10430, 18. V. 9770 grm. Odczyn Pirqueta [1]) przy przyjęciu dodatni, Wassermanna, ujemny.

2. Chłopiec, w wieku 1. r. 2 m, przyjęty do kliniki 9. IV. 1914 r. Ojciec chłopca chorował na suchoty, matka zdrowa, poronień nie miała. Chory jest czwartem dzieckiem w rodzinie; reszta 3 zdrowi. Donoszony. Piersią nie był karmiony. Stolec wogóle dobry. Pierwsze zęby w 8. miesiącu. Chory nie chodzi i nie stoi. Dobrze rozwinięty, lecz blady. Gruczoły chłonne szyjne i pachwinowe macalne. Craniotabes. Na klatce piersiowej różaniec krzywiczy. W obydwu płucach liczne grube i drobne bańkowe rzężenia; oddechu oskrzelowego nie słychać. Serce nie powiększone; tony czyste; działalność prawidłowa. Wątroba i śledziona nie macalne. 14. IV.: Chory blady. Dużo wilgotnych rzężeń w płucach. W lewej okolicy pośladkowej 2 niewielkie błyszczące grudki. 22. IV.: W plwocinie laseczników gruźliczych nie znaleziono. 4. V.: Od 9. IV. do 28. IV. gorączka wskutek nieżytu oskrzeli. Na twarzy kilka niewielkich tuberkulidów grudkowych. Na prawem oku dwa pryszczyki (phlyctaenae marginales). 6. V.: Na plecach, brzuchu i bokach klatki piersiowej wystąpiły obficie niewielkie guzki prosowate, noduli. Swędzenia nie ma. 8. V.: W okolicy lewej łopatki wtarto maść Moro. 11. V.: Odczyn Moro słabo dodatni. Na miejscu wcierania wystąpiły niewielkie guzki (noduli), różniące się od skóry prawidłowej większem zaróżowieniem. 12. V.: W niektórych guzkach można zauważyć wgłębienie. Do badania histologicznego wycięto niewielki kawałeczek skóry (tuberkulidu) z prawego boku klatki piersiowej. Badanie to wykazało obecność komórek nabłonkowatych, typowych komórek olbrzymich i laseczników gruźliczych. Odczyn Pirqueta przy przyjęciu do kliniki dodatni.

Przytoczone dwa przypadki są ciekawe i rzadkie pod względem obfitości tuberkulidów grudkowych; zwykle ich bywa niedużo, w opisanych przypadkach zdumiewała ich obfitość: w przypadku drugim całe plecy chorego dziecka były zasiane błyszczącemi grudkami. Przypadek pierwszy ciekawy jest i pod tym względem, że były takie objawy gruźliczego zapalenia opon mózgowych, jak nieprawidłowość tętna, sztywność karku, objaw Kerniga, znaczne ciśnienie płynu rdzeniowego, obecność w tym płynie wielkiej ilości limfocytów; z drugiej zaś strony brak wymiotów, nieobecność laseczników gruźliczych w płynie rdzeniowym, pomimo wielokrotnych badań, i stopniowe jakby polepszenie stanu chorego [2]), (co mojem zdaniem, do pewnego stopnia należy uzależnić od wielokrotnych nakłuć lędźwiowych) przemawia przeciwko rozpoznaniu gruźliczego zapalenia opon. Przypadek drugi pomimo obfitości małych tuberkulidów, ciekawy jest i pod tym względem, że w tuberkulidzie znaleziono laseczniki gruźlicze, co pozwoliło na umotywowane rozpoznanie ogólnej gruźlicy.

Wnioski moje są następujące:

1. Przy przypuszczeniu gruźlicy u niemowląt należy ściśle badać skórę.

2. Skórne tuberkulidy u niemowląt, są cennym rozpoznawczym objawem.

3. W takich instytucyach, jak Domy Wychowawcze,

[1]) Obydwa te przypadki były przedmiotem wykładu prof. E. Feera w zurychskiem Towarzystwie lekarskiem 16. V. 1914. przyczem przedstawiono chorych i histologiczne preparaty tuberkulidu drugiego chorego.

[1]) W klinice prof. Feera odczyn Pirqueta bywa stosowany u wszystkich bez wyjątku przyjmowanych chorych.

[2]) Chory ten, jak również i drugi, dotychczas (10. VI.) żyją.

pożądane jest stosowanie odczynu Pirqueta u wszystkich przyjmowanych chorych.

**Piśmiennictwo.** Prof. E. Feer: Lehrbuch der Kinderheilkunde, 1914 r. — Pfaundler und Schlossmann: Handbuch der Kinderheilkunde, 1910, t 4. — (C. Leiner: Tuberkulöse Erkrankungen der Haut, str. 519). — Rensburg: Jahrbuch für Kinderh., 1904, t. 59, z. 3. — J. S. Leopold and T. Rosenstern: Journ. of American med. Assoc. 1910, t. 2. Według ref. w Jahrbuch für Kinderh. 1911, t. 73, str. 519. — M. Lateinerówna: Tygodnik lekarski, 1911, Nr 3—5.

## Spadek śmiertelności z gruźlicy i jego przyczyny.

Podał

**Dr Ant. Kuczewski** (z Zakopanego).

(Dokończenie.)

Co do umieszczania znowu beznadziejnych chorych w osobnych szpitalach aż do ich śmierci, to żadne państwo, nawet najlepiej pod tym względem postawione, jak Anglia i Dania, nie posiada dostatecznej ilości łóżek, aby odosobnić wszystkich takich chorych.

Nie pozostaje więc nic innego, jak nie zaniedbując budowania w dalszym ciągu uzdrowisk, szpitali i schronisk dla gruźliczych, zwrócić baczną uwagę na mieszkania chorych, przenieść część walki do obozu wroga, do samego siedliska zarazy. Jest rzeczą zrozumiałą, że im gorsze są warunki, szczególniej im większe p r z e p e ł n i e n i e m i e s z k a ń l u d n o ś c i ą, tem większą jest styczność zdrowych z chorymi i tem groźniejsze niebezpieczeństwo zarażenia się.

Nadto im mniej przestrzeni, czystego powietrza i słońca, tem większe u mieszkańców będzie usposobienie, tem podatniejszą gleba dla rozwoju gruźliczego zarazka. Ponieważ złe warunki mieszkaniowe w przeważnej mierze zależą od złego położenia społeczno-gospodarczego mieszkańców i w znacznym stopniu od niskiego stanu ich oświaty, oraz często są połączone ściśle z niedostatecznem ich odżywianiem, to cały kompleks tych ujemnych społeczno-higienicznych warunków, jeszcze bardziej będzie zwiększał usposobienie do gruźlicy.

Pomijając wszakże na razie to ostatnie, pod względem epidemiologicznym największe znaczenie będzie mieć ciasnota pomieszczenia, wywołująca ciągłą i ścisłą styczność zarażonego ze zdrowymi. Zwłaszcza spędzanie tak długiego czasu, jak w ciągu nocnego spoczynku, we wspólnym pokoju zdrowych z chorymi jest niebezpieczne pod względem szerzenia zarazy. Oddzielanie przeto chorego w osobnym pokoju, przynajmniej na czas snu, staje się niezbędnem.

Tu więc przy zwalczaniu zarazy znowu na plan pierwszy wysuwa się odosobnienie chorych od zdrowych. Nie będzie ono naturalnie tak doskonałe, jak oddzielenie chorego w osobnym zakładzie, ale w znacznej mierze zapobiegnie szerzeniu się choroby, zwłaszcza wśród dziecięcych, mniej odpornych ustrojów. W tym względzie trudno nie przyznać słuszności R. Kochowi, który uważa złe stosunki mieszkaniowe za jedno z najważniejszych źródeł powstawania i szerzenia się gruźlicy wbrew Newsholmeowi, który przeznacza im rolę tylko drugorzędnego, pomocniczego czynnika. Przytoczone przykłady, zaczerpnięte z rozmaitych krajów, potwierdzą tę hypotezę R. Kocha.

Nie jest to tylko przypadek, mówi ten uczony, że najwyższe liczby śmiertelności spotyka się nie w najbiedniejszych wschodnich prowincyach Prus, ale we względnie zamożnych, posiadających obszerne domostwa powiatach na północnem wybrzeżu morskiem, gdzie od wieków przechował się zwyczaj nocowania wspólnego całemi rodzinami w ciasnych, ciemnych, pozbawionych dopływu światła i powietrza, do szaf podobnych przestrzeniach, t. zw. »Butzen«. Uderza, że w północnej Szwecyi, w okręgu Norrbotten, gdzie istnieje tenże zwyczaj, również liczby śmiertelności są większe, niż w pozostałej części państwa. Co więcej, próba zaradzenia temu złemu, przedsięwzięta i stosowana od r. 1906 przez Szwedzkie Towarzystwo przeciwgruźlicze, dzięki poprawie warunków mieszkaniowych, systematycznemu usuwaniu chorych w posuniętym okresie choroby do schronisk oraz uświadamianiu ogółu, wydała już ten pomyślny wynik, że ilość dzieci, dotkniętych gruźlicą gruczołów, spadła tam o 20%, w niektórych zaś wsiach nawet o 50%. (28).

Kaup znowu podaje ciekawe badania angielskiego lekarza Darra-Maira (12), poczynione w 13 mniejszych miastach przemysłowych hrabstwa Yorkshire co do zależności śmiertelności na gruźlicę płuc od przewietrzalności mieszkań. Okazuje się, że wciągu dziesięciolecia od r. 1898 do 1907 r. w domach o dostatecznym przepływie przez nie powietrza (through houses) odnośna śmiertelność była o 15% niższa, niż w domach, szczelnie do siebie przytykających (back-to-back houses), która to różnica podnosi się do 20%, jeżeli ten drugi typ domów składa się na długie ulice-korytarze bez przecznic. Tyle co do zasadniczych przyczyn spadku śmiertelności gruźlicy płuc.

Jeżeli za przykładem Kaupa (11) przytoczone krzywe śmiertelności Anglii i Prus (tabl. VI), najpewniejsze i najchakterystyczniejsze w szeregu innych, rozbić na poszczególne odłamki według czasu, a zwłaszcza według płci i wieku, to analiza ta pozwoli z jednej strony głębiej wejrzeć w już rozpatrzone i wyjaśnić inne jeszcze czynniki, wywołujące spadek omawianej śmiertelności.

Zaczynając od r. 1866 krzywe angielskie dla obojga płci, utrzymując zresztą jednolity charakter spadku, coraz bardziej się rozchodzą, przytem z roku na rok zaznaczają się coraz pomyślniejszą różnicą na korzyść kobiecej śmiertelności. Pruskie krzywe odwrotnie ujawniają zwłaszcza od roku 1905, dążność coraz większego zbliżania się do siebie, choć na ogół śmiertelność u kobiet do r. 1907 była niższą, niż u mężczyzn.

Przechodząc do krzywych śmiertelności według wieku, zaznaczyć należy, że zupełnej ścisłości w zestawieniu dwóch tych państw co do wieku młodocianego i dziecięcego zastosować niepodobna, bo Prusy tylko od r. 1903 zaczęły przy różniczkowaniu statystyki według wieku uwzględniać osobno rubryki: zołzy i gruźlica gruczołów krezkowych (tabes mesenterica). Da się tylko powiedzieć o Anglii, posiadającej w tym względzie statystykę zupełnie dokładną, że tu w wieku 0—5 lat w okresie 1860—1905 daje się zauważyć spadek z 9,7 do 3,5 na 10.000, w wieku 5—10 lat z 4,6 do 2,0 i w wieku 10—15 lat z 8,3 do 3,0. W Pru-

sach natomiast co do wszystkich wymienionych okresów wieku krzywa zachowuje charakter poziomo biegnącej linii, mającej nawet czasem dążność do podnoszenia się choć nieznacznego, w górę. Prof. Kirchner w r. 1906 (33) i prof. Cornet w r. 1907 (9) zwrócili już uwagę na ten niepokojący objaw w pruskiej statystyce. Powstalo odtąd całe piśmiennictwo, zajmujące się gorliwie badaniem przyczyn i wyszukiwaniem środków zaradczych na to zło, panujące zwłaszcza śród młodzieży w wieku szkolnym.

Co do wieku 15—20 lat pruska krzywa zachowuje również bieg poziomy bez znacznych wahań, gdy angielska wykazuje spadek prawie na 40% w ostatnich 25 latach.

Wielkie różnice w porównaniu z uprzedniemi zachodzą co do wieku 20—40 lat. Śmiertelność tu tak w Prusach, jak w Anglii stromo spada i staje się u mężczyzn wyższą niż u kobiet w obu krajach. W Anglii różnica ta z roku na rok rośnie, gdy w Prusach maleje: krzywe tu w r. 1907 nawet zbiegają się. Statystyka wykazuje, że to zwiększenie się śmiertelności z gruźlicy wśród kobiet należy odnieść wyłącznie do miejskiej ludności (11).

Różnice w przebiegu krzywych obu państw co do wieku 40—60 lat są zupełnie odmiennego charakteru, niż co do wieku młodocianego. Tu krzywa Anglii staje się bardziej poziomą od pruskiej. Ta druga dla wieku zwłaszcza 50—60 lat i wyżej stromo spada w dół. Przedłużenie wieku w podeszłym wieku w Prusiech należy odnieść przeważnie do wpływu ubezpieczenia społecznego od choroby i szczególniej od niezdolności do pracy. Trzy ćwierci wszystkich pobierających rentę inwalidów znajduje się w wieku przeszło 50 lat, a więcej niż połowa w wieku przekraczającym 60 lat.

W pierwszych już latach po wprowadzeniu tego ubezpieczenia w r. 1891—1895 w przybliżeniu 14000 mężczyzn i 1500 kobiet, zajętych w wielkim przemyśle i górnictwie, oraz 7000 mężczyzn i 1100 kobiet pracujących na roli, pobierało rentę z powodu gruźlicy (11). Po upływie szeregu lat ilość ubezpieczonych, niezdatnych do pracy z powodu gruźlicy wielokrotnie się zwiększyła. Dzięki wydatnej poprawie warunków bytu przez otrzymanie renty życie tych inwalidów znacznie się przedłużyło. Przed wprowadzeniem ubezpieczenia społecznego wszyscy ci chorzy musieli szukać schronienia w domach dla ubogich. Obecnie zaś zostają w domu własnym, na którego utrzymanie daje środki pobierana renta. Najlepszym tego dowodem jest fakt, że według Kaupa (11) w siódmem dziesięcioleciu w pruskich szpitalach umierało około 40—50% leczonych na gruźlicę chorych, w ostatnich zaś czasach tylko 10—15%. Co najważniejsza wszakże, to średni pobyt takich chorych w szpitalach trwa dość krótko, około 5—6 tygodni przed śmiercią według przytoczonego autora. Wynika stąd, że odosobnienie chorych w posuniętym okresie choroby odbywa się w Prusiech w zakresie conajmniej niezadowalającym. Następstwem tego zjawiska jest zarażanie się otoczenia od chorych, zwłaszcza małych dzieci, które wobec zatrudnienia rodziców poza domem oddawane bywają pod opiekę pielęgnujących je starców-inwalidów. W tem właśnie może należy szukać źródła, dlaczego tak nieznacznie spada gruźlica w wieku dziecięcym i młodzieńczym w Prusach.

Przytoczony wyżej przykład mocno zakażonych gruźlicą gmin w północnej Szwecyi jest jednym jeszcze dowodem na potwierdzenie tego przypuszczenia. W parafii Neder-Lulea spostrzegano właśnie (28) wielką ilość zachorowań na gruźlicę przeważnie gruczołową u dzieci. Wobec zupełnego braku perlicy u bydła w całej tej dzielnicy państwa należało szukać źródła zachorowań gdzieindziej. Niewątpliwie są niem starzy, opiekujący się dziećmi, śród których odsetka chorych na gruźlicę płuc według Neandera jest bardzo wysoka. Gdy tych piastunów udało się oddzielić do osobnych schronisk i szpitali, ilość zachorowań śród dzieci, o czem wyżej była już mowa, spadła znacznie.

Z analizy przeto krzywych śmiertelności na gruźlicę dwu państw najwybitniejszych pod względem walki z tą chorobą wynika znowu, że odosobnianie ciężko chorych odgrywa w spadku gruźlicy pierwszorzędną, zasadniczą rolę, przyciemniającą inne odnośne czynności.

Nadto widzieliśmy wpływ ubezpieczenia społecznego w Prusach na zmniejszanie się śmiertelności z gruźlicy.

Jeżeli przejdziemy do stosunków płci w wieku lat 20—40, to na podstawie powyższej analizy powinniśmy stwierdzić przedewszystkiem, że w tym wieku gruźlica zabiera największą ilość ofiar, a powtóre, że w Prusiech daje się spostrzegać zwiększanie się śmiertelności śród kobiet, co niewątpliwie należy przypisać wciągnięciu ich w wir pracy zarobkowej poza domem, zwłaszcza w przemyśle.

Jeżeli dalej zastanowić się nad krzywą pruską, to uderzyć nas powinno wśród prędkiego stromego jej spadania od r. 1886 nagłe zatrzymanie się jego (tabl. VI) w okresie 1899—1905 r.; w ciągu wymienionych 6 lat śmiertelność z gruźlicy bardzo słabo się waha. W Anglii w tymsamym czasie spostrzega się również spłaszczenie krzywej. Bulstrode w swem dziele: »Sanatoria for Consumption and certain other Aspects of the Tuberculosis Question« może nie bez słuszności upatruje źródło tego zjawiska w depresyi, jaka wówczas panowała we wszechświatowym przemyśle i handlu. Ale jeżeli zwrócić uwagę na pomyślny zwrot od r. 1905 w pruskiej krzywej, która znowu stromo zaczęła spadać, to trudno nie przyznać słuszności B. Fränklowi, twierdzącemu, że wpłynął na to niezwykły ruch sanatoryalny, jaki od końca dziewiątego dziesięciolecia zeszłego wieku rozwinął się w Niemczech. Rzeczywiście z 243 łóżek w r. 1892 liczba miejsc w uzdrowiskach ludowych tego państwa wzrosła do 8422 w r. 1907. Liczba chorych, leczonych w uzdrowiskach z 3334 w r. 1897 podniosła się do 42232 w r. 1909 (34). Pomijając, że coraz znaczniejsza ilość chorych odzyskuje w tych zakładach leczniczych coraz trwalszą zdolność do pracy, podnieść należy niemałe ich znaczenie pod względem izolacyjnym. Nie może przecie pozostać bez wpływu, że roznosiciele zarazka choć przez niedługi czas nie mogą go szerzyć. Nadto B. Fränkel (7) podkreśla, że około $^1/_8$ chorych, u których są prątki w plwocinie, pozbywa się ich po przeprowadzeniu leczenia w sanatoryach. Poza Niemcami w Danii potężny ruch sanatoryalny niewątpliwie wpłynął na obniżenie gruźlicy w tym kraju, jeżeli zwłaszcza uwzględnić, że do duńskich uzdrowisk ludowych wbrew wzorom niemieckim bywają przyjmowani w znacznej mierze ciężko chorzy (28), przez co izolacyjne znaczenie tych uzdrowisk zyskuje w porównaniu z niemieckiemi. Gdyby właśnie uzdrowiska niemieckie zechciały, stosownie do nalegań Grotjahna (10), Kaupa (11),

Gottsteina (23), Corneta (9) i innych, zmienić swój dotychczasowy charakter, wyłącznie leczniczy i pójść w kierunku, w jakim idą tego rodzaju zakłady krajów skandynawskich (28) i Anglii, to niewątpliwie ich wpływ na spadek śmiertelności z gruźlicy byłby znacznie od obecnego większy.

Poza wszystkimi rozpatrzonymi czynnikami niektórzy autorzy, zwłaszcza w Szwajcaryi, w Saksonii i na Węgrzech (Schmied, Roesle i Kuthy) upatrują dodatni wpływ wysokości położenia miejscowości na zmniejszanie się gruźlicy u mieszkańców gór; ma ona stopniowo spadać w miarę wznoszenia się ponad poziom morza. W katalogu szwajcarskiego oddziału Drezdeńskiej wystawy higienicznej z r. 1911 na str. 172 przytoczono następującą tablicę, stwierdzającą powyższą tezę:

Tablica VII.

Umarło na gruźlicę 1904—1908 r.

| Wysokość metrów | Gruźlica płuc | Gruźlica innych narządów | Razem |
|---|---|---|---|
| 200—400 | 21·6 | 7·7 | 29·3 |
| 400—700 | 19·0 | 8·2 | 27·2 |
| 700—900 | 17·2 | 7·7 | 24·9 |
| 900—1200 | 17·0 | 7·2 | 24·2 |
| ponad 1200 | 16·6 | 6·3 | 22·9 |

Spór, jaki toczy się między badaczami w tej sprawie, co tu mianowicie i w jaki sposób wpływa na obniżenie się odnośnej śmiertelności, nie jest jeszcze rozstrzygnięty, jak również niema zupełnej zgody w świecie uczonych co do szkodliwości wpływu alkoholu na powstawanie i rozwój gruźlicy.

Wybitni wszakże współcześni znawcy tej sprawy: Bertillon i G. von Bunge są przekonani o bezwzględnie ujemnym wpływie używania napojów wyskokowych na szerzenie się gruźlicy. Ogólnie znane tablice Bungego dowodzą wyraźnie współzależności między skalą nadużywania alkoholu przez ojca i częstością gruźlicy u dzieci.

Dużoby dało się jeszcze powiedzieć w sprawie znaczenia i wpływu rozpatrzonych czynników na spadek śmiertelności z gruźlicy i ich wzajemnej współzależności. Niemało już napisano i spierano się, któremu z nich przeznaczyć główną rolę w sprawie zmniejszenia się gruźlicy.

Powyżej rozpatrzona hypoteza R. Kocha, poparta przez Newsholmea, wskazała jedynie słuszną zasadę, że z gruźlicą, chorobą zakaźną, należy przedewszystkiem walczyć tak, jak z innemi chorobami zakaźnemi.

Bezsprzecznem również zostaje, że spadek śmiertelności z gruźlicy zależy w znacznej mierze od wiedzy, energii i planowego, zrzeszonego działania ludzkiego, t. j. innemi słowy od woli człowieka. Uzasadnioną przeto jest nadzieja, że, jeżeli wysiłki ludzkie w tym kierunku nie osłabną, to nadejdzie czas zupełnego zwycięstwa człowieka nad gruźlicą. A więc: »Allzeit: Volldampf voraus!«, jak wołał w ostatniem swem przed śmiercią przemówieniu sędziwy B. Fränkel.

**Piśmiennictwo:** 1. Public Health and Social Conditions. Statistical memoranda and Charts, prepared in the Local Government Board. Lond. 1909. — 2. Arthur Newsholme: The Journal of Hygiene. Vol. VI. 3. — 3. Rob. Koch: Zeitschr. f. Hyg. tom 67, cz. 1. — 4. Tenże: Address to British Congress on Tuberculosis. Wydanie tegoż kongresu, t. 1, str. 52. — 5. Tenże: Mowa przy przyjęciu nagrody Nobla d. 12. grudnia 1905. Lancet z 26. V. 1906. — 6. L. Flick: The Hospital for advanced Cases of Tuberculosis. 1909. — 7. B. Fränkel: Berl. klin. Woch. 1908. Nr 12. — 8. Tenże: Berl. klin. Woch. 1909, Nr 45. — 9. Cornet: Die Tuberkulose. Wien 1907. — 10. Alfred Grotjahn: Soziale Pathologie. Rozdział: »Die Tuberkulose«. Berl. 1912. — 11. I. Kaup: Betrachtungen über die Bekämpfung der Tuberkulose in einigen Ländern. Berl. 1910. — 12. Tenże: Deutsch. med. Woch. 1912. Nr 14. — 13. W. C. Bosanquet: Lancet, 31. I. 1914. — 14. Shibasaburo Kitasato: Sixth internat. Congress on Tuberculosis. Washingt. 1908. — 15. Nathan Raw: Lanc. 8. XI. 1913. — 16. Tenże: The Journ. of State med. 1912, t. 20, Nr 2. — 17. Flügge: Die Verbreitungsweise und Bekämpfung d. Tuberkulose 1908. — 18. L. Brauer: Beitr. zur klin. d. Tuberkulose. 1905, str. 97. — 19. Lexis: Bulletin de l'Institut internat. de Statistique. 1909. t. 18, cz. 1. — 20. Mirmann: Revue d'hygiène, t. 34, Nr 10. — 21. Mosse: Berl. klin. Woch. 1911, Nr 51. — 22. J. Katz: Tamże, 1912, str. 407. — 23. A. Gottstein: Berl. klin. Woch. 1909, Nr 48. — 24. Nietner: Tuberkulose w dziele: »Soziale Kultur und Volkswohlfahrt während der ersten Regierungs Jahre Kais. Wilhelm II«. Berl. 1913. — 25. Kayserling: Tuberkulose. Tamże. — 26. Alfred Hillier: The Prevention of Consumption. Lond. 1903. — 27. T. Dunin: Walka z gruźlicą. Warszawa 1899. — 28. Ant. Kuczewski: Walka z gruźlicą w krajach skandynawskich. Głos lekarzy, 1914, Nr 10. i 12. — 29. Tenże: Sprawozdanie z XI. Zjazdu przeciwgruźliczego. Lek. Wileński 1913. Nr 10. — 30. Th. Sörenson: De ökonomiske Forholds og Beskjaeftigelsens Indflydelse paa Dödelighe. Kjöbenhavn. 1884. — 31. Westergaard: Lehre von der Mortalität und Morbidität. Jena 1901. — 32. F. M. Blumenthal: Obszczestwiennaja borba s tuberkulozom. Moskwa 1911. — 33. Prof. Kirchner: Die Tuberkulose und die Schule. Berlin 1906.— 34. Nachrichten des Reichs-Versicherungs-Amtes. 1910. — 35. The Work of the Womens National Health Association of Ireland by the Countess of Aberdeen. 1912. — 36. Lawrason Brown: w dziele: The Control and Eradication of Tuberculosis. Edint. 1911. Rozdział XXI. — 37. W. G. van Gorkom: Tamże, rozdz. XXX. — 38. Klaus Hanssen: Tamże, rozdz. XXVIII. — 39. A. W. Nikolsky: Tamże, rozdz. XXVI. — 40. A. Wladimiroff: Kurzer Bericht über die Tuberkulose-Bekämpfung in Russland bis zum 1. Jän. 1913. — 41. Armas Ruotsalainen: Der heutige Stand des Kampfes gegen die Tuberkulose in Finnland. Helsinki 1913. — 42. Chr. Jensen: Tuberculosis, 1913, Nr 7.— 43. G. Sandison Brock: w dziele wspomnianem pod liczbą 36, rozdział XXVII. — 44. Lenhoff: Med. Reform, 1912, Nr 19. — 45. C. Degli Occi: Ztschr. für Tuberk., t. XXI, zeszyt 4. — 46. Prof. E. Almquist: Das Vorkommen der Schwindsucht in den Städten Schwedens 1861—1910 w dziele, wydanem przez Svenska Nationalforeningen suot tuberkulos 1913. — 47. Ed. Fuster: La Presse Medic. 1913, Nr 50. — 48. Weiterer Rückgang d. Tuberkulosesterblichkeit. Tuberculosis, 1914, Nr 4.

## O reinjekcyi surowicy przeciwbłoniczej.

(Dalszy przyczynek na zasadzie spostrzeżeń z praktyki własnej. Odczyt zgłoszony na II Zjazd lekarzy prowincyonalnych Król. Polsk. w Lublinie i na Zjazd higienistów polskich we Lwowie).

Podał

**Dr Wincenty Puławski** (Radziejów, gub. Warszawska).

(Ciąg dalszy).

Oto są krótkie dane faktyczne, dotyczące spostrzeganych ośmiu przypadków reinjekcyi. Dla łatwiejszej oryentacyi zestawiłem najgłówniejsze dane w tablicy I; teraz zaś uwydatnię tylko ogólne cechy charakterystyczne, dotyczące objawów posurowiczych, a więc:

W przypadku pierwszym (61) po pierwotnem wstrzyknięciu nie było wcale wysypki posurowiczej; natomiast po reinjekcyi, dokonanej w rok i kwartał później, były objawy posurowicze w postaci wysypki wielopostaciowej, mieszanej, między siódmym a dziewiątym dniem po wstrzyknięciu z przebiegiem zwykłym. W obu razach wstrzyknięto

2000 jedn. ochron. surowicy Palmirskiego w objętości 10 cm sześć. za każdym razem.

W przypadku drugim (62) wysypki nie było wcale po reinjekcyi 2000 jedn. ochron. w objętości 8 cm sześć., dokonanej po upływie półtora roku od czasu pierwotnej injekcyi także 2000 jedn. ochron. w objętości 10 cm sześć., po której była dosyć obfita pokrzywka między 7. a 9. dniem po wstrzyknięciu z przebiegiem zwykłym.

W przypadku trzecim (63) po reinjekcyi 2000 jedn. ochron. objętości 8 cm sześć. występowała między 7 a 9 dniem pokrzywka umiarkowana o zwykłym przebiegu. Pierwotne wstrzyknięcie, dokonane przed $12^1/_2$ laty w ilości 2000 jedn. ochron. w objętości 20 cm sześć., dało objawy nader obfitej pokrzywki przez 8. i 9. dzień po wstrzyknięciu.

W przypadku czwartym (64) po wstrzyknięciu pierwotnem 2000 jedn ochron. objętości 8 cm sześć. 250-krotnej surowicy z Höchst wystąpiła na 8. i 9. dzień potem umiarkowana pokrzywka. Reinjekcya nastąpiła po upływie lat trzech w dawce czterokrotnie większej, czyli 8000 jedn. ochron. w czterech dawkach objętości 32 cm sześć. surowicy Palmirskiego w ciągu 36 godzin ze skutkiem jaknajlepszym i nader efektownym u osłabionego i wątłego, chorego na ciężki dławiec błoniczy dziecka, które przez otoczenie najbliższe uznane było za bezwarunkowo stracone. Objawy nadzwyczaj umiarkowanej i rzadkiej pokrzywki występowały między czwartym a szóstym dniem po wstrzyknięciu pierwszej dawki; były one zaledwie dostrzegalne. Na trzeci dzień po zniknięciu wysypki wystąpiły bóle w mięśniach kończyn, zwłaszcza dolnych, szczególnie ud; trwały one przez trzy doby, zjawiając się przy ruchach nóg i przy ucisku na mięśnie, i nie były zbyt uciążliwe dla chorego dziecka. Znikły one czwartego dnia bez żadnej zgoła interwencyi. Przypuszczam, że powodem zjawienia się ich było nagromadzenie się w mięśniach produktów pozajelitowej przeróbki większej ilości obcej surowicy, wprowadzonej do ustroju, czyli wytworów przejściowych rozkładu białka tej surowicy. Nie było to zależne od reinjekcyi, gdyż i pierwotne wstrzyknięcia większej ilości surowicy wywołują również takiesame objawy ze strony mięśni.

W przypadku piątym (65) zarówno po wstrzyknięciu pierwotnem, dokonanem w ilości 1000 jedn. ochron. w objętości 6 cm sześć., jak i po reinjekcyi, dokonanej po upływie lat czterech w ilości 2000 jedn. ochron. w objętości 6,8 cm sześć., żadnych objawów posurowiczych nie było.

W przypadku szóstym (66) reinjekcya, dokonana po upływie trzech lat w ilości 2000 jedn. ochron. w objętości 6,8 cm sześć., nie wywołała żadnych objawów posurowiczych, gdy wstrzyknięcie pierwotne 2000 jedn. ochron. w objętości 10 cm sześć. dało objawy pokrzywki na 8. i 9. dzień po wstrzyknięciu przy zwykłym przebiegu.

W przypadku siódmym (67) zarówno wstrzyknięcie pierwotne 2000 jedn. ochron. w 10 cm. sześć. jak i reinjekcya, dokonana po upływie $1^1/_4$ roku w ilości 2000 jedn. ochron. w objętości 6,8 cm sześć, nie dały żadnych objawów posurowiczych.

W przypadku ósmym (68) po wstrzyknięciu pierwotnem surowicy Aronsohna w ilości 3000 jedn. ochron. w 15 cm sześć. w jednej dawce wystąpiła na siódmy dzień potem bardzo obfita wielopostaciowa wysypka mięszana (rash, urticaria, sudamina?), trwająca przez cztery doby. Po upływie lat trzech dokonano reinjekcyi w ilości 6000 jedn. ochron. w objętości 12 cm sześć. surowicy 500-krotnej z Höchst (również w Toruniu) w dwóch dawkach bez żadnych zgoła objawów posurowiczych. Po drugiej reinjekcyi, dokonanej w dwa lata później, czyli w pięć lat po pierwotnej, w ilości 2000 jedn. ochron. w objętości 6,8 cm sześć. surowicy warszawskiej, również żadnych zgoła objawów posurowiczych nie było.

Oto są możliwie krótkie dane, dotyczące spostrzeganych ośmiu przypadków pod względem objawów posurowiczych; dla łatwiejszej orientacyi zestawiłem je w powyższej tablicy I. Przytaczać szczegółowszy opis przebiegu choroby i zdrowienia tych przypadków uważam za zbyteczne, choć są one w wielu razach nader ciekawe, przejdę natomiast do uwydatnienia głównych cech charakterystycznych, dotyczących różnych okresów działania wstrzykniętej surowicy. We wszystkich streszczonych powyżej przypadkach reinjekcyi nie zauważyłem żadnych innych objawów posurowiczych prócz zwykłych tych, które występowały po wstrzyknięciach pierwotnych surowicy. A więc: wysypka występowała między 4. a 16. dniem po wstrzyknięciu, najczęściej w postaci pokrzywki, rzadziej w postaci rumienia (rash) lub w wielopostaciowej formie mieszanej; była wędrującą po powierzchni skóry, najczęściej silniej lub słabiej swędzącą i znikała bez śladu i bez łuszczenia się po upływie jednego, dwóch, lub trzech dni. Z 8 przypadków reinjekcyi tylko w 3 były objawy wysypkowe, a w jednym przytem i bóle mięśniowe; w pozostałych 5 przypadkach nie było zupełnie żadnych objawów posurowiczych, przytem w piątym i siódmym nie było ich również i po wstrzyknięciach pierwotnych, a w drugim, szóstym i ósmym po wstrzyknięciach pierwotnych był odczyn posurowiczy. W przypadku ósmym przytem, reinjektowanym dwukrotnie, nie było odczynu po obu reinjekcyach, to też nazwałem go z tego powodu niezmiernie ciekawym. Trzy reinjekcye z odczynem posurowiczym dały po wstrzyknięciach pierwotnych dwukrotnie również odczyn posurowiczy, jedna tylko precedensu tego nie miała.

Ciepłota ciała podczas wykwitów skórnych zwykle pozostawała prawidłową lub wznosiła się zaledwie tylko o kilka dziesiątych stopnia. Mocz nigdy nie zawierał białka, zwykle był jasny i dosyć obfity. Zbiór objawów ogólnych, towarzyszących zjawiającej się wysypce przed lub w czasie jej pokwitania na powierzchni skóry, nigdy nie przechodził poza tę granicę objawów, jakie zwykliśmy spostrzegać przy nagłem występowaniu wszelkiego rodzaju samorodnych wysypek na powierzchni skóry, a zwłaszcza pokrzywki, t. zw. idiosynkratycznej, na tle podrażnienia naczynioruchowego. Do objawów tych zaliczają się również i bóle mięśniowe, które szczególniej potęgują się n. p. przed wystąpieniem t. zw. półpaśca (herpes zoster), należącego również jak i pokrzywka, do zjawisk sfery naczynioruchowej. Naogół powiedziałbym, że wysypki posurowicze często występują nie tak burzliwie, niekiedy nawet bez żadnych zgoła przedwstępnych objawów; wysypka występować zaczyna dość często na skórze chorego nawet po pierwotnych wstrzyknięciach bez żadnych dolegliwości, któreby mogły zwrócić na siebie jego uwagę, tak, że bywa nieraz spostrzeżona dopiero przez osoby z najbliższego otoczenia lub przez lekarza. W miarę zwiększania się ilości plam wysypkowych i ich wędrówki po powierzchni skóry zjawiać się dopiero zaczyna swędzenie, pieczenie lub pobolewanie, wogóle najczęściej o wiele mniej dokuczliwe, niż w razie wysypki, występującej samorodnie, bardzo swędzącej i pałającej. Jest to jedna z najważniejszych i dosyć częstych cech charakterystycznych wysypek posurowiczych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

## Sprawy Towarzystw naukowych.

### Towarzystwo lekarzy gubernii lubelskiej.

(Protokoły posiedzeń od dnia 1. I. do 4. VII. 1914 r.).

Sprawozdawca **Dr W. Jasiński** (Lublin).

#### I. Posiedzenie zwyczajne z d 5. I. 1914.

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz J. Czarnecki. Obecnych 20 członków.

1. S. Dobrucki przedstawia a) 2 preparaty pęcherzyków żółciowych, usuniętych w przebiegu przewlekłej kamicy.

b) preparat wyrostka robaczkowego, usuniętego w ciągu 1. doby ostrego napadu — operacyę wykonano w znieczuleniu miejscowem.

2. A. Majewski przedstawia chorego, u którego z powodu mięsaka lewego migdałka dokonał bocznego rozcięcia gardzieli (pharyngotomia) sposobem A. Rydygiera.

J. St. l. 52, chory od lipca 1913; narzekał na uczucie suchości i bóle gardła, leżał w jednym ze szpitali lubelskich, gdzie mu przecięto wrzekomy wrzód; połykanie utrudnione, chwilami objawy duszności. — Wzrost średni, budowa dobra, odżywienie upośledzone. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej bez zmian chorobowych. Szyja średnio długa i szeroka, gruczoły szyi lewostronne wzdłuż m. mostko-obojczyko-sutkowego i pod dolną szczęką na przednim brzegu żwacza dobrze macalne. W jamie gardłowej lewy przedni łuk podniebienny obrzękły, przekrwiony — poza nim guz wielkości jaja kurzego, zbitości elastycznej, w części środkowej guza owrzodzenie podłużne. Guz wychodzi z migdałka, przechodzi na tylny łuk i na tylną ścianę gardła — ku górze zajmuje podniebienie miękkie aż do podstawy języczka; guz nie chełboce, na ucisk niebolesny. — Dnia 17. XI. 1913 r. w uśpieniu morfino-chloroformowem odsłoniłem szyję cięciem podłużnem od wyrostka sutkowego wzdłuż mięśnia m-ob-sutkowego aż do mostka; drugiem cięciem poprzecznie przez szyję — $^3/_4$ cm ponad kością gnykową, poczynającem się od połowy rogu większego kości gnykowej strony zdrowej i idącem aż do pierwszego cięcia — tworzymy dwa trójkątne płaty. Górny z nich odpreparowujemy aż do dolnej krawędzi żuchwy i umocowujemy szwem tymczasowym do policzka; wycinamy wszystkie gruczoły chłonne podszczękowe i śliniankę podszczękową strony chorej. Odpreparowujemy w pierwszem cięciu wielkie naczynia szyi, usuwając gruczoły chłonne. Pogłębiamy następnie cięcie poprzeczne, przecinając po stronie chorej mm. biventer, mylohyoideus, hyoglossus i stylohyoideus, odłuszczamy guz (na tępo lub nożyczkami Coopera), otwieramy gardło i wprowadziwszy w otwór palec, wycinamy pod jego kontrolą guz i sąsiednie tkanki, po wycięciu guza zeszywamy mięśnie odcięte od kości gnykowej dla zapobieżenia opadaniu krtani. Rany bocznej w dolnej części nie zaszyłem, lecz wypełniłem aż do jamy ustnej gazą jodoformową. Po operacyi chorego ułożono głową na dół na 3 dni; w ciągu dwu dni karmiono chorego zapomocą zgłębnika, następnie począł sam łykać. Przebieg po operacyi bez powikłań, wypisał się w 4 tygodnie, jako wyleczony. — Badanie mikroskopowe (Dr Płaczkiewicz) stwierdziło mięsaka. W chwili obecnej (w 6 tygodni po operacyi) chory na nic nie narzeka, mówi dobrze i czysto; miejsce jednak po wyciętym guzie pokryła ziarnina, której część dawniej usunąłem dla zbadania pod mikroskopem, czy niema wznowy. (Autoreferat).

W dyskusyi Dobrucki i Czarnecki zauważyli, że chory już ma nawrót nowotworu.

3. M. Arnsztajn odczytał referat »O leczeniu gruźlicy szczepionką Friedmana«.

4. Odczytano odezwę Związku równouprawnienia kobiet z prośbą o wypowiedzenie się Towarzystwa w sprawie zniesienia reglamentacyi prostytucyi, a to w celu wysłania odnośnego wniosku do Izby państwowej. Po ożywionych rozprawach (Borsukiewicz, Kiełczewski, Czerwiński, Dziemski, Arnsztajn) uproszono Arnsztajna i Borsukiewicza o zreferowanie tej sprawy na jednem z posiedzeń Towarzystwa.

5. Uchwalono przesłać inspektorowi lekarskiemu żądającemu opinii Towarzystwa w sprawie walki z cholerą, protokół z r. 1907, jako wyraz żądań Towarzystwa, dotąd nie spełnionych.

6. Rozważano wnioski p. Jankowskiego a) co do konieczności naradzenia się lekarzy w sprawie ich stosunku do kas chorych — uproszono wnioskodawcę, by zwołał zebranie lekarzy lubelskich w tej sprawie; b) co do zaproszenia do komitetu organizacyjnego Zjazdu lekarzy, nie należących do Towarzystwa — sprawę uznano za przesądzoną na poprzednich posiedzeniach, kiedy zdecydowano zastosować się do opracowanego w Łodzi regulaminu Zjazdów.

7. Odczytano projekt regulaminu Zjazdów i wybrano komisyę (Czerwiński, Dziemski, Modrzewski) do przedstawienia na następnem posiedzeniu z odnośnemi uwagami.

#### II. Posiedzenie zwyczajne z d. 4. II. 1914.

Przewodniczący Dobrucki, sekretarz W. Jasiński.

Obecnych członków 17, gości 4.

1. A. Żebrowski przedstawia:

a) przypadek ropnicy pochodzenia usznego:

U 11-letniej dziewczynki w drugim tygodniu płonicy, powikłanej dyfteroidem gardzieli i jamy noso-gardzielowej, wystąpiły objawy ropnego zapalenia prawego ucha środkowego i prawego wyrostka sutkowego. Po kilku dniach ropienia z ucha zjawiły się objawy ropnicy (skoki ciepłoty, dreszcze wstrząsające, bolesność przy ucisku żyły szyjowej. — Dokonano wydłutowania wyrostka sutkowego z obnażeniem zatoki esowatej (na przestrzeni 4 cm) i znaleziono duży ropień okołozatokowy (absc. perisinuosus). W wyrostku sutkowym znaleziono kilka ognisk ropnych, kość wyrostka rozmiękczona, przekrwiona i miejscami przepojona gęstą ropą. Po wykonaniu operacyi kostnej, podwiązano żyłę szyjową wspólną i usunięto duży gruczoł, leżący tuż na żyle (Dr Jankowski). Przebieg pooperacyjny był bardzo ciężki: dreszcze wstrząsające, skoki ciepłoty i stan ropnicowy trwały 12 dni — oprócz leczenia środkami podtrzymującemi działalność serca, stosowano 6-krotnie śródmięśniowe wstrzykiwanie elektrargolu (Dr Korczak), co niewątpliwie wywarło wpływ dodatni na przebieg ropnicy w tym przypadku, 4. dnia po operacyi wykonano przecięcie próbne obrażonej zatoki esowatej, z której słabym stosunkowo strumieniem (zakrzep przyścienny?) wylała się płynna krew. — 13. dnia po operacyi dreszcze stały się rzadsze, ciepłota obniżyła się, wreszcie nastąpiło stopniowe zupełne wyzdrowienie. W 7 tygodni po operacyi rany (kostna i na szyi) zabliźniły się, ucho suche, słuch normalny, wynik kosmetyczny b. dobry. (Autoreferat).

b) Przypadek twardzieli nosa, krtani i języka.

Chory ma lat 45; już 13 lat temu z powodu duszności dokonano tracheotomii (Majewski) i chory dotąd nie rozstaje się z rurką. Obecnie widzimy ogromne zniekształcenie nosa, wywołane przez olbrzymie nacieki, które z prawej strony nosa przebijają skórę i przedostają się na zewnątrz; krtań otoczona również zewsząd (głównie od nagłośni) naciekami twardzieli. Rzadkiem bardzo jest umiejscowienie licznych guzów twardzieli na nasadzie języka. Struny głosowe prawdziwe nacieczone są stosunkowo nieznacznie. (Autoreferat).

c) Przypadek przymiotu krtani:

Chory lat 35, lues przed 6 laty, nacieki krtani i w tym przypadku spowodowały tracheotomię (Majewski), poczem znaczną część nacieków usunięto endolaryngealnie. Obecnie chory może oddychać przy zatkanej rurce, która po

usunięciu reszty nacieków zostanie zupełnie usuniętą. (Autoreferat).

2. S. Dobrucki przedstawia chorego, operowanego z powodu przewlekłego wgłobienia — rozpoznanie guza nastręczało poważne trudności i postawione zostało dopiero podczas operacyi.

3. Cz. Czerwiński przedstawia preparaty:

a) Włókniak macicy, wielkości główki noworodka, wychodzący z tylnej ściany szyjki — preparat otrzymano drogą amputacyi nadpochwowej.

b) macicę, wydobytą drogą operacyi brzusznej wraz z jajnikami i jajowodami z powodu raka trzonu.

c) preparat macicy z jajowodami i jajnikami, amputowanej nadpochwowo z powodu haematometra i haematosalpinx bilateralis. Zabiegu dokonano metodą Kelly, wskazaną w przypadkach, gdzie przydatki pokryte są zrostami otrzewnej, uniemożliwiającemi dostęp do nich z góry. Metoda polega na przepołowieniu macicy, amputowaniu nadpochwowo każdej części osobno, przyczem stosunkowo łatwo, idąc od dołu ku górze, można wyłuszczyć każdą połowę wraz z jajnikiem i jajowodem z otaczających ich zrostów. Na załączonych obydwu połówkach widać ogromne rozszerzenie kanału jajowodów, komunikujących szerokiemi wrotami z jamą macicy. (Autoreferat).

4. J. Modrzewski pokazuje ząb retencyjny, wyjęty drogą operacyi kostnej; na załączonym rentgenogramie widać usadowienie zęba. Chory ten przed kilku laty operowany był (w Poznaniu) z powodu promienicy – zachodzi pytanie, czy ten sam ząb retencyjny nie nasunął wówczas podejrzenia co do promienicy.

5. Odczytano i przyjęto po dyskusyi regulamin Zjazdów z poprawkami komisyi.

6. Wysłuchano sprawozdania sekretarza komitetu organizacyjnego co do przebiegu prac komitetu.

**III. posiedzenie (nadzwyczajne) z d. 18. II. 1914.**

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński.
Obecnych 13 członków, 5 gości.

1. Wysłuchano referatów M. Arnsztajna i P. Borsukiewicza w sprawie zniesienia reglamentacyi prostytucyi. i po ożywionej dyskusyi przyjęto wnioski następujące w redakcyi referentów:

a) z uwagi, że domy publiczne chybiają celu, gdyż nie zabezpieczają od szerzenia chorób zaraźliwych, i nie mogą pomieścić wszystkich kobiet, zajmujących się nierządem, są zaś jawnemi ogniskami zgorszenia i dogodnymi etapami handlu żywym towarem, L. Tow. lek. oświadcza się za zniesieniem domów publicznych.

b) z uwagi, że reglamentacya prostytucyi jest — nielegalną, gdyż gwałci przyrodzone prawo swobody jednostek — niesprawiedliwą, gdyż w środkach represyjnych nie traktuje na równi kobiet i mężczyzn — nieobyczajną skutkiem przymusowego poddawania kobiet oględzinom lekarskim — niewystarczającą, gdyż nie jest w stanie objąć wszystkich kobiet, roznoszących zarazę, a jest powodem zgorszenia, gdyż uprawnia nierząd, jako proceder — Lub. Tow. lek. oświadcza się za zniesieniem reglamentacyi.

Poza tem wypowiedziano pod adresem Związku równouprawnienia kobiet życzenie, by nie czekając na wynik akcyi, jaka ma być wszczętą w Izbie państwowej, opracowała inne sposoby i środki zwalczania nierządu.

**IV. posiedzenie zwyczajne z d. 4. III 1914 r.**

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński.
Obecnych 18 członków, 7 gości.

1. Przewodniczący wita gościa z Warszawy Dr J. Brunnera, który przybył łaskawie na posiedzenie Towarzystwa, by wygłosić odczyt.

2. W. Jasiński przedstawia przypadek wrodzonego niedorozwoju chrząstek (mikromelia) u 14-miesięcznego dziecka. J. zwraca uwagę na charakterystyczne cechy tego zboczenia, jak duży obwód czaszki, nos siodełkowaty, długi tułów i krótkie kończyny, atletyczną budowę pośladków, fałdy (obrączki) skóry na udach i ramionach, bardzo charakterystyczne dłonie (main en trident). Oprócz objawów mikromeliae J. stwierdza u dziecka cechy krzywicy (skrzywienie kręgosłupa, wklęśnięcia boczne klatki piersiowej, obfite poty), co przeczyłoby kategorycznemu poglądowi Hochsingera, że obiedwie te sprawy wykluczają się wzajemnie.

Na kilku rentgenogramach uwydatniono zmiany w chrząstkach (wstrzymanie kostnienia śródchrząstkowego). oraz charakterystyczne zgrubienia okostnej.

3. A. Żebrowski przedstawia chorego po doszczętnej operacyi wyrostka sutkowego, oraz rentgenogram tegoż chorego z wybitnie zaznaczoną na zdjęciu zatoką poprzeczną.

4. S. Dobrucki przedstawia chorego, u którego przed 20 dniami dokonał operacyi odgłobienia jelita cienkiego — sądząc z wywiadów wgłobienie trwało tu długo, a dopiero w ostatnich dniach przed operacyą zaznaczyło się większymi bólami.

5. J. Brunner (z Warszawy) wygłasza odczyt »O anafilaksyi«.

Prelegent nakreślił w krótkości rozwój pojęć i badań nad anafilaksyą, wymieniając odkrycia Richet'a, Arloing i Courmont'a i inn.; omówił następnie zjawiska Arthus'a, Theobalda, Smitha i Pfeiffera i przeszedł do szczegółowego określenia anafilaktogenów. Tu zwrócił uwagę, że są to ciała białkowe, heterologiczne, że anafilaksya jest wybitnie swoistą, że wreszcie istnieje wiele cech wspólnych pomiędzy anafilakto- i antygenami. — Wspomniawszy następnie o dawkach uczulających i trujących określił mniej więcej czas wylęgania i uzależnił ciężkość objawów uczulenia od sposobu stosowania surowic (podskórnie, dożylnie, podoponowo). Dłużej zatrzymał się prelegent na opisie wstrząsu anafilaktycznego, przedstawiając zarówno obraz kliniczny, jak i badanie anatomo-patologiczne. Następnie omówił Br. teorye anafilaksyi (Friedberger, Besredka) i przeszedł do drugiej części wykładu, zawierającej szereg poglądów i wskazówek co do zastosowania w praktyce zdobyczy naukowych. Nakreśliwszy obraz choroby posurowiczej (Pirquet-Schick), prelegent omówił krytycznie sposoby zapobiegania anafilaksyi, jako to: ogrzewanie surowicy, podawanie calcium chloratum ($Ca\,Cl_2$) według Nettera, stosowanie surowicy różnych zwierząt (Asconi), wstrzykiwania kilkakrotne małych dawek (co drugi dzień) w okresie wylęgania, zastrzykiwania $^1/_4$—1 ctm surowicy na 4 godziny przed właściwą dawką leczniczą lub wlewanie surowicy do kiszki na 10 godzin przed zastrzyknięciem. Dalej wyjaśnia prelegent, że anafilaksya pozwoli nam może zrozumieć dokładniej istotę wielu postaci chorobowych, dotąd niejasnych, jak hemoglobinuria paroxysmalis, idyosynkrazye, wysypki (badania Pirqueta nad odrą), gorączka sienna, rzucawka, dychawica oskrzelowa i t. p. W zakończeniu prelegent podkreśla konieczność dążenia do wytwarzania antytoksyny, wolnej możliwie od części trujących surowicy i przytacza swoje badania w tym kierunku.

Po odczycie wywiązała się dość ożywiona dyskusya (Dziemski, Czerwiński, Jasiński, Prussak, Dobrucki, Żebrowski, Borsukiewicz), poczem przewodniczący podziękował prelegentowi za nader ciekawy i obfity w treść wykład i prosił o wygłoszenie na Zjeździe odczytu »O wartości leczniczej surowic«—Jasiński zaś dodal, że Zjazd w uchwałach swoich mógłby powtórzyć pod adresem pracowni serologicznych żądania prelegenta co do wypuszczania surowic, zmniejszających obawę i niebezpieczeństwo anafilaksyi; prelegent przyrzekł łaskawie odczyt na Zjazd opracować.

**V. posiedzenie (nadzwyczajne) z dnia 18. III. 1914 r.**

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński.
Obecnych 16 członków.

1. Omówiono wnioski Zarządu co do obchodu 40-lecia Towarzystwa; uchwalono urządzić posiedzenie uro-

czyste w przeddzień Zjazdu (30 maja 1914); uproszono A. Jaworowskiego o opracowanie zarysu historyi Towarzystwa, M. Arnsztajna o odczyt kliniczny.

2. Omówiono sprawę mianowania członków honorowych Towarzystwa z powodu czterdziestolecia. W. Jasiński.

## Wiadomości bieżące.

**Kraków.** Na posiedzeniu neurologów i psychiatrów krakowskich odbytem dnia 2. lipca b. r. poruszona była sprawa zachowania się neurologów i psychiatrów wobec postępowania Komitetu międzynarodowego Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów w Bernie, który uznał za właściwe znieść pierwotnie proponowaną sekcyę naukową oddzielną polską, bez porozumienia się z członkami Komitetu polskiego. Po przedstawieniu szczegółowem przez prof. Piltza przebiegu dotychczasowego całej sprawy i dyskusyi, w której przemawiali Dr Zanietowski, Dr Pieńkowski, Dr Mazurkiewicz, Dr Schlank i Dr Rogalski, wybrana została z łona zgromadzonych komisya (Dr Blassberg, Mazurkiewicz, Rogalski i Zanietowski), która ma zająć się bliższem rozpatrzeniem tej sprawy.

Następnie wybrany został na członka do stałej delegacyi zjazdów neurologów, psychiatrów i psychologów polskich po ś. p. Dr Rydlu doc. Dr Mazurkiewicz.

Przystąpiono z kolei rzeczy do dyskusyi nad odczytem Dr Rosego, wygłoszonym na poprzedniem posiedzeniu. Przemawiali Dr Borowiecki, Rogalski, Mazurkiewicz, Rose.

Prof. Piltz przedstawił przypadek pozornego paradoksalnego oddziaływania źrenicy na akomodacyę u tabetyka, a następnie mówił o homologicznej dziedziczności w depresyi peryodycznej. W dyskusyi przemawiali prof. Majewski, Dr Rose, doc. Mazurkiewicz, Borowiecki, prof. Piltz.

— W sprawie berneńskiego Zjazdu neurologów i psychiatrów, otrzymała redakcya następujące pismo:

»W imieniu i po porozumieniu się z PP. Kolegami, którzy należeli do byłego Komitetu polskiego Zjazdu międzynarodowego neurologów, psychiatrów i psychologów w Bernie (Flatau, Radziwiłłowicz, Weryho (Warszawa); Szuman (Poznań); Heinrich, Piltz, Wachholz, Zanietowski (Kraków); Sieradzki, Twardowski, Halban (Lwów), donoszę kołom i instytucyom interesującym się tym zjazdem, że postanowiliśmy jednogłośnie: 1) nie wziąć udziału w Zjeździe; 2) zażądać wykreślenia nazwisk naszych z listy komitetu urządzającego. Równocześnie zwracam się do wszystkich PP. Kolegów, którzy mieli zamiar wziąć udział w Zjeździe z prośbą, aby do Berna nie pojechali, względnie zapowiedziany współudział cofnęli.

Postanowienia te powzięliśmy wskutek tego, że komitet centralny w Bernie, który z początku z własnej inicyatywy zaproponował nam osobny komitet polski, później na żądanie wystosowane z kół lekarskich niemieckich, bez porozumienia się z nami skreślił komitet polski i wcielił członków jego do komitetów państw zaborczych.

Bliższe szczegóły i korespondencyę z komitetem centralnym w Bernie pozwolę sobie podać do wiadomości publicznej w czasie najbliższym.

Lwów, 12. lipca 1914. Prof. Dr Henryk Halban«.

**Choroby zakaźne w Krakowie.** Od 4. VII. do 11. VII. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (obcych 2 † —), krztuśca 2 † —, ospy wietrznej 9, płonicy 21 † 3 (2 † —), odry 1 † —, duru brzusznego 6 † — (2 † —), czerwonki 3 † 1 (1 † —), gorączki połogowej 1 † 1 (— † —), róży 1, tężca (1 † 1).

Dr Janiszewski.

**Warszawa.** Lekarzem naczelnym szpitala św. Ducha mianowany został Dr Br. Chrostowski.

— Począwszy od 1. października zacznie tu wychodzić miesięcznik p. t. »Przegląd szpitalnictwa i dobroczynności publicznej«. Prospekt nowego wydawnictwa podnosi olbrzymi rozwój szpitali w Europie zachodniej i w Ameryce północnej. Potrzeby tego ruchu odbiły się tak potężnie na różnych gałęziach wiedzy i przemysłu, tak wyodrębniły się z ogółu potrzeb społecznych, że doprowadziły do stworzenia osobnej gałęzi nauki szpitalnictwa. Na ziemiach polskich, a zwłaszcza w Królestwie polskiem szpitalni-

ctwo przedstawia się w porównaniu z zagranicą niezmiernie ubogo. Przyszła redakcya stawia sobie za zadanie rozbudzać ruch i skupiać wszelkie usiłowania dążące do poprawy stosunków w dziedzinie szpitalnictwa. Równocześnie przyszły miesięcznik otwiera swe łamy sprawom dobroczynności publicznej i zamierza uwzględniać nietylko opiekę nad ubóstwem, lecz i profilaktykę społeczną, walkę ze śmiertelnością dzieci, hygienę społeczną, opiekę nad upośledzonymi i kalekami.

Redaktorami miesięcznika będą Dr W. Męczkowski i Dr W. Schoenaich, wydawcą zaś Dr O. Hewelke.

**Z różnych stron.** Międzynarodowy Zjazd higieny szkolnej odbędzie się w Brukseli w roku 1915. Program prac obejmuje higienę budynków i sprzętów szkolnych, dozór lekarski nad szkołami w miastach i po wsiach, zapobieganie chorobom zakaźnym, wykształcenie higieniczne nauczycieli, uczniów i rodzin, wychowanie fizyczne młodzieży w różnych okresach dorastania, programy szkolne, metody nauczania, materyał dydaktyczny, higiena szkolna w stosunku do dzieci fizycznie lub umysłowo słabo rozwiniętych.

— Rozszerzenie zakładu kąpielowego w Krynicy będzie mogło niebawem już zostać zrealizowane. Mianowicie namiestnictwo otrzymało już asygnatę na półtora miliona koron z funduszów rządowych na budowę nowych łazienek. Po ukończeniu planów, które wygotuje departament techniczny namiestnictwa, zostanie rozpisana licytacya ofertowa na budowę i urządzenie łazienek.

**Mianowani:** D. Vesspreni zwycz. profesorem anatomii i histologii patologicznej w Klausenburgu; A. Schrutz zwycz. profesorem historyi medycyny i epidemiologii na czeskim uniwersytecie w Pradze.

**Zmarli:** Dr Cezary Neyman w czerwcu b. r. w Kamieńcu Podolskim; Dr Maksymilian Tyc, 6. czerwca b. r. w Monachium; Dr Aleksander Pius Bieniewski 24. czerwca b. r. w Warszawie w 78 r. ż.; Dr A, Rotter, lekarz miejski w Cieszanowie; Dr Bolesław Wender 18. czerwca b. r. w Essentukach (na Kaukazie) w 55 r. ż.; Dr Griffini, profesor patologii ogólnej w Genui; Dr Gruening, profesor okulistyki w N. Jorku.

**Redakcya otrzymała:** Kruse-Pawłowska: Przypadek kiły drobnych naczyń kory. (Neurol. polska 1914). — Grzywo-Dąbrowski: Beitrag zur Frage der Wucherung des perivasculären Bindegewebes bei progressiver Paralyse. (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1914).

**Bibliografia.**

**Jahreskurse für ärztliche Fortbildung** in 12 Monatsheften. 1914. (Monachium, J. F. Lehmann). Z. 7. Cena 2·— mk.

Lipcowy zeszyt poświęcony jest położnictwu i ginekologii i zawiera: Przegląd położnictwa (prof. Stoeckel); W sprawie poronień z przebiegiem gorączkowym (prof. Hoehne); Pyelitis gravidarum (doc. Bauereisen); Przegląd ginekologiczny (prof. Martin).

Redaktor odpowiedzialny:
**Prof. Dr Kazimierz Majewski.**